

Zespół Szkół im. Polskich Noblistów
w Wielichowie

ul. Kościelna 7a, 64-050 Wielichowo
tel/fax: (0-61) 44 33 016

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ
SZKOŁY PODSTAWOWEJ W WIELICHOWIE
NA ROK SZKOLNY 2017/2018**

Proszę o przyjęcie dziecka do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej w Wielichowie

I. Dane osobowe dziecka

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres zameldowania dziecka

Ulica

nr domu

nr lokalu

Kod

Miejscowość

Adres zamieszkania dziecka, jeśli jest inny niż adres zameldowania

Ulica

nr domu

nr lokal

tel. stacjonarny

Kod

Miejscowość

Dodatkowe ważne informacje o dziecku (stałe choroby, wady rozwojowe, alergie itp.):

.....
.....
.....

II. Dane rodziców/ prawnych opiekunów

Imię ojca/opiekuna prawnego

Nazwisko ojca/opiekuna prawnego

Adres zamieszkania ojca/opiekuna prawnego

Ulica

nr domu

nr lokal

tel. kontaktowy i e-mail

Kod

Miejscowość

Imię matki/opiekuna prawnego

Nazwisko matki/opiekuna prawnego

Adres zamieszkania matki/opiekuna prawnego

Ulica

nr domu

nr lokal

tel. kontaktowy i e-mail

Kod

Miejscowość

Nazwa i adres szkoły podstawowej obwodowej:

.....
.....

Pouczenie

1. Dane osobowe zawarte w niniejszym zgłoszeniu będą wykorzystywane dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnym, prowadzonym na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).
2. Administratorem danych osobowych zawartych w zgłoszeniu jest dyrektor szkoły.

Oświadczenia wnioskodawcy

1. Oświadczam, że podane w zgłoszeniu dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym.¹
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb związanych z postępowaniem rekrutacyjnym oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
3. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć dziecka z imprez i uroczystości szkolnych na stronie internetowej promującej placówkę.

Do karty proszę dołączyć informację medyczną (załącznik)

.....

(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis matki/opiekuna prawnego)

¹

Zgodnie z art. 233. § 1. Kodeksu karnego - kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Załącznik do karty zgłoszenia dziecka do klasy I szkoły podstawowej

**Informacja medyczna rodziców/opiekunów prawnych o dziecku:
(informacje objęte tajemnicą medyczną, do użytku w gabinecie profilaktyki zdrowotnej
i pomocy przedlekarskiej w szkole)**

Imię (imiona) i nazwisko ucznia.....

PESEL ucznia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania.....

Adres zameldowania.....

Adres przychodni.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego dziecko:

Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej: tak/nie

Jakiej.....

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów: tak/nie

Wyrażam zgodę na udzielenie I pomocy (w razie potrzeby): tak/ nie

Wyrażam zgodę na podanie (w razie potrzeby) leku: tak/nie

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie kontroli czystości głowy i higieny osobistej tak/nie

Czy dziecko jest uczulone na leki: tak/nie

Jakie.....

Czy dziecko przyjmuje stale jakieś leki: tak/nie

Jakie.....

Wyrażam zgodę na badania przesiewowe i profilaktyczne (przewidziane dla dzieci i młodzieży
szkolnej) tak/nie

Dodatkowe informacje o dziecku.....

Zobowiązuję się do podawania do wiadomości pielęgniarki szkolnej wszelkich zmian w podanych
wyżej informacjach.

Data.....

Podpis.....